

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0022503
DATA: 09/07/2019
OGGETTO: Convocazione alla prova selettiva per assunzione a tempo determinato di n. 1 unità del profilo di Coadiutore amministrativo (art. 16 L.56/87 legge n.160/88 e successive modifiche ed integrazioni)

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Filomena De Nigris

CLASSIFICAZIONI:

- [08-01]

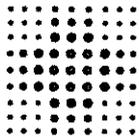
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0022503_2019_Lettera_firmata.pdf:	De Nigris Filomena	40C47B24CBEB66566DD3D9F925495BCF D16C60BE423E31AF22A2976525FE7CD5
PG0022503_2019_Allegato1.doc:		740760D4E9D733AFC43333331BEC76D38 F05A6E73B143805A5BEE3FFFD77322A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

SUMAP
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale

Il Direttore

CONCORRENTI INTERESSATI

OGGETTO: Convocazione alla prova selettiva per assunzione a tempo determinato di n. 1 unità del profilo di Coadiutore amministrativo (art. 16 L.56/87 legge n.160/88 e successive modifiche ed integrazioni)

Con riferimento alla normativa citata in oggetto ed in esito alla nota prot. 13527 del 30.04.2019, con la quale il Centro per l'Impiego di Imola ha trasmesso, tra l'altro, i nominativi dei concorrenti di cui all'allegato per l'avviamento alla selezione per l'assunzione a tempo determinato di n. 1 unità di Coadiutore amministrativo (cat.B), questa Azienda La invita a presentarsi **il giorno giovedì 25 luglio alle ore 9,00** presso l'Azienda USL di Imola – Ospedale Civile Vecchio – Viale Amendola, 8 Imola - Padiglione 9 - Sala Corsi, per lo svolgimento della prova pratica che sarà volta ad accertare l'idoneità alle mansioni proprie della qualifica suddetta.

La prova pratica potrà consistere anche nella stesura e gestione di semplici testi e tabelle al fine di verificare la capacità di utilizzare i più comuni applicativi informatici (es Pacchetto LibreOffice).

Si precisa che ai fini dell'identificazione Lei dovrà presentarsi munito di un documento di identità non scaduto di validità. Si richiede inoltre di portare il curriculum vitae, con evidenza delle esperienze lavorative pregresse.

Distinti saluti.

Firmato digitalmente da:

Filomena De Nigris

Responsabile procedimento:
Silvia Severi

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
personale@ausl.imola.bo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Sede legale Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
Tel +39.0542.604111 Fax +39.0542.604013
Partita IVA 00705271203

DISTINTA ANALITICA POSTA REGISTRATA

Ragione sociale cliente	AZIENDA USL IMOLA	Spedizione del (gg/mm/aaaa):	
Codice SAP del cliente:	30098469		
CODICE A BARRE: DA (iniziale)		A (finale)	
NUMERO DEI CODICI A BARRE NON UTILIZZATI:		TOTALE CODICI A BARRE UTILIZZATI:	
		(Codice a barre finale -- Codice iniziale) -- Totale Codice a barre non utilizzati	

N.PROG.	DESTINATARIO	DESTINAZIONE	BARCODE	TARIFFA
1	PETRAGLIA CINZIA	ABRIOLA (PZ)		
2	IARRUSSO MICHELE	CASTEL SAN PIETRO TERME		
3	D'ONOFRIO FRANCESCO	LESINA (FG)		
4	BUSI ALESSANDRO	BOLOGNA		
5	CESARI FABIO	GRANAROLO DELL'EMILIA		
6	DE CHIARA DANILO	IMOLA (BO)		
7	ZAFFINO MARIA ROSARIA	IMOLA (BO)		
8	RUSSO FRANCESCO FABIO	BOLOGNA		
9	ZAPPOLI PIERANGELA	BOLOGNA		
10	PAUTASSO VALERIA	FORLI' (FC)		
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

DETTAGLI CODICI A BARRE NON UTILIZZATI			TOTALE EURO
			€

ACCETTAZIONE CON RISERVA*

Firma del cliente _____ Data _____

*Il cliente si impegna ad accettare eventuali discordanze riscontrate da Poste Italiane rispetto a quanto dichiarato.

Firma del cliente _____

Firma Posteitaliane _____

